

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoito
2016

Sampsa Suominen-Suvisaari

BISNES JA ELÄMÄNTAPA?

– Työ, hoivayrittäjyys ja koherenssi



TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Kevät 2016 | 43 sivua

Joonas Korhonen

Sampsa Suominen-Suvisaari

BISNES JA ELÄMÄNTAPA?

Hoivayrittäjyyden markkinat ovat syntyneet Suomeen 1990-luvulla ja laajentuneet kiinteäksi osaksi suomalaista palvelujärjestelmää julkisten palvelujen ja kolmannen sektorin palvelujen rinnalle. Laajan julkisen palvelutuotannon vastuun yhteiskunnassa yksityiset yritykset toimivat suurelta osin julkisen sektorin tilaamien ja kustantamien palvelujen järjestäjinä. Yksityisen hoivasektorin tutkimuksessa yrittäjien näkemykset ovat rajautuneet enimmäkseen tutkimuskentän ulkopuolelle.

Suomalaisen hoivayrittäjyyden erityispiirteiksi on keskeisessä kirjallisuudessa kuvattu julkisen sektorin merkittävän tilaajaroolin lisäksi, pienyrittäjyys, yrittäjyyden sukupuolijakauman mukaisesti naisyrittäjyys, sekä työn sisällöstä lähtevät ammattieettiset erityisvaatimukset. Stereotyyppinen hoivayrittäjä erityispiirteiden valossa on pientä yritystä johtava naispuolinen hoivatyön ammattilainen, joka myy palveluja lähinnä kunnille.

Tutkimuksessa tarkastellaan hoivayrittäjyyden erityispiirteitä hoivayrittäjien yrittäjyysselämäkertaineistosta, joka on kerätty vuosina 2004-2005. Hoivayrittäjien työssä selviytymisen kuvauksia analysoidaan teorialähtöisesti koherenssin käsitettä operationalisoimalla. Koherenssi tarkoittaa, että yksilön pitää, paitsi tietää miten (ymmärrettävyys) vastata stressiin, myös tietää miksi (mielekkyyys) tehdä niin ja olla kykeneväinen (hallittavuus) toimimaan. Nämä kolme koherenssin ulottuvuutta, yhdessä hoivayrittäjyyden erityispiirteiden kanssa muodostavat analyysin tulkintakehyksen.

Tutkimuksen tuloksissa ammattieettinen ulottuvuus korostuu hoivayrittäjyyden ammattieettinen ulottuvuus, joka esiintyy sekä keskeisenä motivaationa yrittäjyydelle sekä työn koherenssin kannalta keskeiseksi vahvuudeksi. Yrittäjät arvostivat korkealaatuisen hoivatyön taloudellista menestymistä korkeammalle. Julkinen sektori näyttäytyi yrittäjien kokemuksissa enemmän luottamushenkilöiden kuin viranhaltijoiden kanssa toimimisena. Pienyrittäjyys oli läsnä kertomuksissa, mutta enimmäkseen koherenssia vahvistavana piirteenä, joka mahdollisti eettisesti korkeatasoisen toiminnan. Alkuperäisten erityispiirteiden ulkopuolelta koulutus nousi koherenssin kannalta merkittäväksi piirteeksi.

ASIASANAT: Hoivayrittäjyys, koherenssi, pienyrittäjyys, naisyrittäjyys, epätäydelliset markkinat

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme | Specialisation

Spring 2016 | 43 pages

Joonas Korhonen

Sampsa Suominen-Suvisaari

BUSINESS AND WAY OF LIFE?

The Care Entrepreneurship markets did form to Finland in the 1990s and have expanded to be an integral part of the Finnish service system, alongside the public sector and the third sector services. Within wide public responsibilities in society, the private companies in the care industry operate largely within public sector's domain. The research about private care sector have mostly bypassed the views of entrepreneurs themselves.

The special characters of care entrepreneurship inside Finnish context have been described in the literature. Addition to the significant role of the local public sector, small business, specific ethical requirements in professional care and gender distinction as overwhelming portion of entrepreneurs' are women, are described as characterization of field in central literature. The stereotypical entrepreneur care in the light of the specific characteristics is the woman with caring education, running small business which sells services mainly to municipalities.

The study examines nursing care enterprise specific features of entrepreneurship from the data consisting of biographies about entrepreneurship of care. The data is collected in 2004-2005. The descriptions of coping within care business is analyzed with theory-oriented process and operationalizing the concept of coherence. Coherence means that the individual must be, not only to know how (intelligibility) to respond to stress, also want to know why the (meaningful) to do so, and be capable of (manageability) to work. These three dimensions of coherence, together with the specific features of entrepreneurship in the care, form the framework of analysis.

In the study results, the professional ethical dimension is emphasized highly and works in both the main motivation for entrepreneurship and work of coherence in terms of the key strengths. Entrepreneurs appreciated the high quality of care higher than economic success. Public sector appeared to entrepreneurs' experiences more via elected officials than the office holders. Small business was the presence in the biographies, but mostly as coherence reinforcing feature, which made possible a high level of ethical way of the work. Outside from the original special characters, the education was raised as major source of coherence.

KEYWORDS:

Care entrepreneurship, sense of coherence, small business, gender diversified business, incomplete markets

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 HOIVAYRITTÄJYYS SUOMESSA	8
2.1 Hoivayrittäjyys palveluyhteiskunnan murroksessa	9
2.2. Hoivayrittäjyyskentän rakenne Suomessa	13
2.3. Hoivayrittäjyyden markkinat	16
2.4. Eettiset vaatimukset ja sukupuolittuneisuus	18
3 YRITTÄJYYS, TYÖ JA KOHERENSSI	21
3.1 Työ ja koherenssi	21
3.2. Yrittäjyys hoivatyön kontekstissa	22
4 TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS	24
4.1 Tiedonhaku	24
4.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	25
4.3 Analyysiprosessin kuvaus	26
5 TULOKSET	30
5.1. Pienyrittäjyys	31
5.2. Ammattieettiset erityispiirteet	31
5.3. Näennäismarkkinat	32
5.4. Naisyrittäjyys	33
5.5 Koherenssin lähteet hoivayrittäjyydessä	34
6 POHDINTA	37
LÄHTEET	39

1 JOHDANTO

Hoiva on asia, joka koskettaa jokaista ihmistä elämänkaarella. Se tarkoittaa kokonaisvaltaista huolenpitoa ja turvaa (Anttonen & Zechner 2009, 17), jota lapset tarvitsevat huoltajiltaan, jota ikääntyvät tarvitsevat toimintakyvyn heiketessä tai kuka tahansa voi tarvita sairauden aiheuttaessa ongelmia selviytymisessä. Hoiva voidaan erotella neljään vaiheeseen: *caring about*, *caring for*, *caregiving* ja *care receiving* (Tronto 1998, 18). Jaottelu sisältää hoivan tarpeen tunnistamisen ja motivaation tarpeen täyttämiseksi. Jaottelu kuvaa myös hoivan sisältävän kaksi subjektiä, hoivaajan ja hoivan vastaanottajan. Tutkimukseni kohdistuu hoivan antajien työkentän muutoksiin, mutta hoivan monisubjektiivisen luonteen vuoksi on muistettava taustalla myös hoivan vastaanottajien elämäntyylien muutoksen vaikutus (vrt. Beck & Beck-Gernsheim 2001, 98).

Hoiva voidaan jakaa antajan perusteella formaaliin ja informaaliin. Informaali hoiva, eli perheenjäsenten ja lähipiirin tarjoama yhteiskunnallisessa mielessä näkymätön hoiva, on aina ollut keskeisin hoivan muoto. Formaali hoiva, eli hoivatyö palkkatyönä, on laajuudeltaan yhteiskuntamuodosta riippuvainen palvelujen kokonaisuus. Suomessa järjestöillä ja myöhemmin julkisella sektorilla, erityisesti kunnilla, on ollut keskeinen rooli formaalin hoivan tarjoamisessa. Viimeisten kahden vuosikymmenen aikana kuitenkin yksityisten palveluntarjoajien rooli on kasvanut ja vakiintunut myös hoivan markkinoilla. (Anttonen & Zechner 2009 25, 26; Kröger 2009, 113).

Tässä tutkimuksessa kuvataan suomalaisen hoivayrittäjyyden ja toimintaympäristön vaikutusta työn koherenssiin. Tutkimuksellisia perspektiiveinä toimivat hoivayrittäjyys ilmiönä ja hoivayrittäjien näkökulma ja suhde toimintaympäristöön. Tutkimuksen aineistona toimivat yrittäjäelämäkerrat, joiden pohjalta tulkitseen hoivayrittäjyyden erityispiirteiden vaikutusta koherenssin eri osa-alueisiin: ymmärrettävyyteen, hallittavuuteen ja mielekkyyteen. Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tietoa hoivayrittäjyydestä hoivatyön muotona ja sen erityisluonteiden merkityksestä yrittäjän työelämän eheyteen.

Vaikka suomalainen hoivapalvelujen yksityinen sektori onkin siirtymässä nopealla tahdilla suurten yritysten markkinoiksi (Koskiahho 2008, 175), pienillä yrityksillä on silti erityisesti kotihoidon palveluissa suuri rooli. Useat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka toisenlaisessa kehityksessä olisivat toimineet julkisen sektorin työntekijöinä, tulevat nykyisessä järjestelmässä toimimaan yrittäjinä. Mielestäni tutkimuksen aihe on tärkeä ja ajankohtainen, koska yrittäjänä toimimisen voi olettaa vaikuttavan työn mielekkyyteen – laajemmin ja dynaamisemmin tarkasteltuna työn koherenssiin – vaikka työ on ruumiillisen hoivatyön tasolla samaa kuin toisenlaisessa yhteiskunnallisessa tilanteessa. Muutos on tapahtumassa ja on tärkeää tietää, miten muutoksen läpikäyneet kokevat työnsä – mitä muutokseen astuvat voivat olettaa yrittäjyydeltään.

Uudelleenanalysoin aineistoa joka on kerätty vuosina 2004-2005. Lähtökohtainen oletukseni on, ettei hoivayrittäjyyden kokemuksen ydin ole muuttunut kymmenessä vuodessa. Toimintaympäristö sen sijaan on kehittynyt. Tarkastelen viitekehityksessä nykyistä toimintaympäristöä, jonka yhdistän pohdinnassa analyysin tuloksiin. Tutkimuksen tavoite on tuottaa tietoa hoivayrittäjyyden toimintaympäristöstä yrittäjän näkökulmasta käsin.

2 HOIVAYRITTÄJYYS SUOMESSA

Sairaanhoitajan rooli yrittäjänä ei rajoitu hoivatyöhön, vaan tutkinto mahdollistaa laajan yrittäjyystoimijuuden asiantuntijuus- ja opetustehtävistä terapeuttimaisiin ja tutkijankin työkuviin (Partinen 2006, 13). Suomalaisessa kontekstissa julkisen sektorin ulkopuolisilla tahoilla on ollut keskeinen merkitys palvelujen innovoinnissa ja megatrendit, kuten vanheneminen, luovat painetta innovatiiviselle palveluntuotannolle ja kehittämiselle. Sairaanhoitajat yrittäjinä ovat uuden luomisen kannalta hyvässä positiossa. Tutkimukseni kuitenkin kohdentuu aineiston perusteella hoivayrittäjyyteen – kenttään, jossa myös sairaanhoitajilla on suuri rooli.

Suomalaisesta kontekstista tarkastellessa voi olla yllättävää havaita, että suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto, jonka integraatiota ollaan enemmän syventämässä kuin pilkkomassa (vrt. STM 2012, 17), ei ole eurooppalaisessa mittakaavassa itsestänselvyys (Kari ym. 2008, 10). Esimerkiksi EU:n politiikassa sosiaalipalvelut on yhdistetty hallinnollisesti työllisyyspolitiikkaan, kun terveyspalvelut nähdään osana palvelumarkkinoita. Eurooppalaisen mittakaavan tarkastelussa hoivapalvelut sijoittuisivat enemmän terveyspalveluihin kuin sosiaalipalveluihin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio näkyy esimerkiksi kotihoidon toimintamallin muutoksessa: kodin huolenpito on karsittu ja tarjottu hoivapalvelu keskittyy välittömään hoivaan voi hämärtää tilastollisen tarkastelun tarkkuutta (Anttonen 2009, 75). Sosiaali- ja terveyspalvelujen alle sisältyy paljon muutakin kuin hoivapalvelut. Käytän kuitenkin hoivapalvelujen rakenteen tarkasteluun pääasiassa yksityisen sosiaali- ja terveyspalvelujen kentän tarkastelua olettaen, että hoivapalvelujen kehityssuunta on sektorin kasvun mukainen.

Suomalaisessa toimintaympäristössä hoivapalvelut mielletään osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja (Sinkkonen & Rissanen 2004, 14). Sektorien integraation takia tarkempi määrittely, onko kyseessä sosiaali- vai terveyspalvelua ei ole tarpeellinen tarkasteltaessa hoivayrittäjyyttä ilmiötasolla suomalaisessa viitekehyksessä.

Rajaus ei välttämättä ole tällöinkään kattava hoivapalvelujen osalta, sillä osa palveluista esimerkiksi kotisiivous, voi rajautua sektorin ulkopuolelle (vrt. Kuronen 2007, 128). Siivous on kuitenkin hoivaa, jos asiakas ei pysty itse siivoamaan, puolesta tehtynä se on palvelua.

Tässä luvussa kuvaan hoivayrittäjyyttä ilmiönä Suomessa sekä hoivayrittäjyyden toimintaympäristön erityispiirteitä. Käyn ensin läpi lyhyesti palveluyhteiskunnan muutoshistorian, jonka jälkeen kuvaan hoivayrittäjyyttä lukujen ja sijoittumisen kautta. Viimeiseksi syvennyn hoivayrittäjyyden erityispiirteisiin: pienyrittäjyyteen, tavallisista kuluttajamarkkinoista poikkeaviin markkinoiden, työn eettisten ulottuvuuksien keskeisyyteen ja sukupuolittuneisuuteen, jotka ovat keskeinen osa tutkimuksen analyysia (Rissanen & Sinkkonen 2004, 20).

2.1 Hoivayrittäjäyys palveluyhteiskunnan murroksessa

Suomalainen yhteiskunta on 2000-luvun kuluessa liikkunut kauemmaksi hyvinvointivaltion ihanteesta, jossa valtio ja kunta pyrkivät tarjoamaan tarvittavat hoivapalvelut tasa-arvoisesti (Anttonen ym. 2012, 24). Päivähoito, josta tuli lasten subjektiivinen oikeus vuonna 1996, on viimeisimpänä ollut universaalista sosiaalipolitiikasta irrottautumisen kohteena (Repo & Kröger 2009, 200; Sipilä I hallitusohjelma 2015, 16). EU:n palveludirektiivin, OECD:n ja uuden julkisjohtamisen oppien tuella luodut hoivamarkkinat hyödyntävät palvelusetelien ja tilaaja-tuottajamallin tarjoamaa rahoitusta ja ovat vakiintuneet osaksi palvelusektoria (Anttonen ym. 2012, 11).

Hyvinvointivaltiomuodon kansainvälisessä vertailussa Pohjoismaat luokitellaan perinteisesti omaksi ryhmäkseen (Esping-Andersen 1990, 27). Tämän järjestelmän ominaispiirteitä ovat universaalien, eli kansalaisuuteen tai maassa oleskeiluun perustuvien, etuuksien ja palvelujen yhdistäminen ansiosidonnaisiin sosiaa-

lietuuksiin. Universaalit laajat koulutus- ja terveystalvelut määrittävät Pohjoismaat palveluvaltioiksi. Sosiaali- ja hoivapalvelut ovat kiistanalaisempia sektoreita suhteessa universalismiin. Vanhuspalvelujen kohdalla voidaan puhua korkeintaan heikosta universalismista, koska lainsäädäntö ei anna hoivalupausta vanhuuteen liittyvissä toimintakyvyn vajeissa (Anttonen & Sipilä 2009, 103, 105).

Yhteiskunnallisen hoivan modernin historian Suomessa voi eritellä kolmeen vaiheeseen. Ensimmäistä näistä, 1800-luvun lopulta aina jopa 1950-luvulle paikannettua jaksoa, on luonnehdittu usein köyhäinhoidon vaiheeksi, jota luonnehtii parhaiten tarveharkintaisuus. Residuaalinen järjestelmä takasi hoivaa lähinnä niille, joilla ei ollut taloudellisia edellytyksiä huolehtia itsestään. Palvelujen tarpeen peruste oli yleisimmin taloudellinen pärjäämättömyys. Suomalaisen sosiaalipolitiikan erityispiirre, eli kunnan keskeinen merkitys palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa, juontaa köyhäinhoidon ajan järjestelmämuutokseen, jossa kunnat ottivat vastuulleen köyhäinhoidon tehtävät seurakunnilta. (Anttonen 2009, 63; Anttonen & Sipilä 2009, 29.)

Toinen jakso, jonka loppu paikallistetaan usein 1990-luvun lamaan, on universalismia tavoittelevan hyvinvointiyhteiskunnan aikakautta. Palveluja kaikille –periaatteelle rakennettu järjestelmä laajeni kantamaan taloudellista ja hoivatarpeen vastuuta uusille alueille. Laajenemiseen vaikutti kaupungistumiseen liittyvä maaseudun pientuotantojärjestelmän lahoaminen, naisten työssäkäynnin vakiintuminen ja perherakenteiden muutokset, jotka lisäsivät tarvetta formaalisti järjestetyille palveluille (Anttonen 2009, 58; Uljas 2012, 311). Naisten työssäkäynnin vakiintuminen tuotti kotitalouksiin hoivavajeen, jota julkinen järjestelmä paikkasi; kaupungistuminen sijoitti aikuiset lapset maantieteellisesti kauemmaksi ikääntyvistä vanhemmista. Suomalaisen sosiaalipolitiikan keskeinen tieteilijä Pekka Kuusi muotoili: *”Nyt 1960-luvulla -- ei työväenluokkaa tai muitakaan yhteiskuntaryhmiä oteta enää yhteiskunnan suojeluun -- painopiste on siten siirtynyt heikkojen yksilöiden ja ryhmien tukemisesta kansalaisten keskeiseen tulojen jakaukseen”* (Kuusi 1961, 38).

1990-luvun lama oli murroskohta suomalaiselle yhteiskunnalle monella tasolla. Hyvinvointivaltiolle se tarkoitti laajenemisen loppua. Poliitiikan suunta muuttui ja

tavoitteiksi muodostui menojen kasvun hidastaminen ja uusista sitoumuksista piddättäytyminen. Toisaalta voi perustellusti ajatella laman myös pelastaneen suomalaisen palveluvaltion. Palveluyhteiskunta selvisi lamasta pienin vahingoin ja suunnanmuutos rikkoi laajenemiseen liittyvää polkuriippuvaisuutta eli vääjäämätömän laajenemisen kierteen. (Saari 2005, 41).

Merkittävät markkinat hoivapalveluille syntyivät Suomessa laman jälkeiseen aikaan. Suomessa lähdettiin rakentamaan monituottajamallia, jonka keskeinen politiikkatoimi oli yksityisen palvelutuoton mahdollistaminen 1993 kuntien valtionosuusjärjestelmän muutoksella (Anttonen ym. 2012, 24). Palvelujärjestelmä selviytyi lamasta pääosin ehjänä, mutta kehittämis- ja ohjaustehtävistä vastanneet keskushallinnolliset virastot on purettu, jonka seurauksena kehitystyö on viime vuosikymmenet ollut pirstaleista ja siitä on puuttunut pitkäjänteisyyttä (Stenvall & Virtanen 2012, 29). Kuntien vallan kasvattaminen valtion roolin kustannuksella on muuttanut palvelujärjestelmän luonnetta. Kunta vastaa nykyisin käytännössä koko palvelujärjestelmästä ja onkin perusteltua puhua hyvinvointikunnasta hyvinvointivaltion rinnalla. Muutos on heikentänyt kansalaisten yhdenvertaista asemaa palvelujärjestelmässä, koska kunnilla on erilaisia järjestelyjä la-
kisääteisten velvoitteiden täyttämiseksi (Anttonen & Sipilä 2009, 178).

Nykyisessä poliittisessa ilmapiirissä pohjoismaista mallia ei ole hylätty, mutta kehittämisen lähtökohdat ovat markkinoiden luomisessa, tehostamisessa ja taloudellisessa hyötyajattelussa yhteiskunnallisten ihanteiden sijasta (Nygård 2015, 153). Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö on ilmiselvää vastaus, kun tavoitteet on asetettu lyhyelle tähtäimelle. Sosiaalialan työnantajien Hoiva 2020-pamflettissa (2013, 46) asiasta todetaan: *”Suomessa yksityiselle hoiva-alalle ennustetaan kasvua kansan ikääntymisen seurauksena ja alaa pidetään vetovoimaisena investointikohteena”*. Vastuunjaon toteuttamisen perusteluissa useammalle sektorille nähdäänkin valtava investointitarve, jonka jakamiseen voidaan käyttää yksityisiä pääomavirtoja. Julkisen sektorin rajoittamisen lisäksi myös ikääntyvän väestön varallisuuden kasvu luo mahdollisuuksia yksityisille markkinoille (Byckling 2003, 251).

Palveluyhteiskunnan historian, muutoksen ja hoivayrittäjyyden markkinoiden kasvamisen kannalta eräs tärkeä näkökulma on järjestöjen rooli (Anttonen & Sipilä 2009, 28). Hyväntekeväisyysjärjestöillä on ollut sosiaalipalvelujen järjestämisessä ja kehittämisessä keskeinen asema. Monet julkiseen palveluun siirtyneet palvelumuodot, esimerkiksi kotipalvelut, ovat alun perin järjestöjen kehittämiä. Kolmas sektori on ollut keskeinen kumppani kunnallisessa palveluntarjonnan järjestämisessä. EU:n palveludirektiivin ohjaamat lakimuutokset ovat avanneet markkinoita erityisesti järjestöjen järjestämien palvelujen kustannuksella. Monet nykyiset suuret sosiaali- ja terveysalan yritykset ovat alun perin järjestöjen toimintoja, jotka ovat yhtiötetty lakimuutosten sanelemina, esimerkiksi Diacor ja Esperi Care (Koskiaho 2008, 233).

2.2. Hoivayrittäjyydentien rakenne Suomessa

Taulukko 1. Hoivayritysten koko. Suomen virallinen tilasto: palveluiden alue- ja toimialatilasto.

Yrityksen koko	Vuosi	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pienet (1-9)	Yritykset	16559	16979	17453	17741	17876	17828
	Henkilöstö	20039	20419	20658	20448	20699	20287
Pienet (10-49)	Yritykset	728	721	770	764	796	773
	Henkilöstö	12658	12992	13887	13921	14887	14678
Keskisuuret (50-250)	Yritykset	62	69	86	94	101	102
	Henkilöstö	6696	7300	8741	9120	9651	9320
Suuret (250<)	Yritykset	16	21	23	23	22	29
	Henkilöstö	10447	13576	15037	17909	17718	19779

Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen määrä Suomessa on jatkuvassa kasvussa niin henkilöstön, liikevaihdon kuin yrittäjien ja yritysten määrän näkökulmasta (Taulukko 1; Kuva 3). Hoivapalveluissa oletetaan vanhusten palvelujen olevan suurin kasvualue, josta julkinen sektori ei selviä ilman yksityisten palveluntarjoajien palveluja ja investointeja (Rissanen & Sinkkonen 2004, 7). Vanhuspalvelujen yksityisten palveluntuottajien markkinaosuus oli huipussaan 2008, jonka jälkeen se on hieman supistunut (Valkama & Kallio & Tukiainen 2013, 345). Toisaalta tilastoissa on nähtävissä ajankohtana kasvun tyrehtyminen, joka on osittain palautunut vuodesta 2010 eteenpäin (Kuva 1).

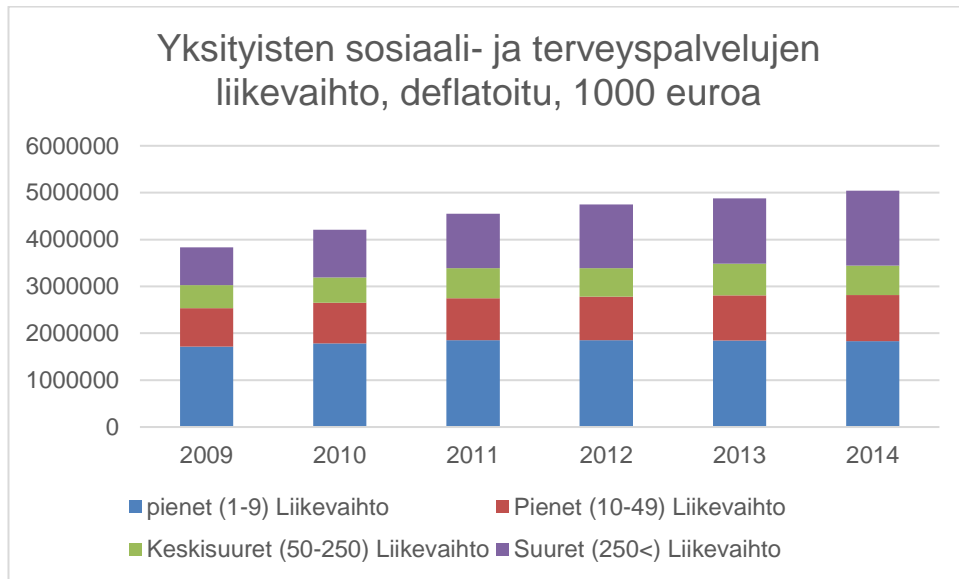
Henkilöstön ja liikevaihdon kasvusta vastaa suuret yli 250 työntekijän yritykset, joita Suomessa oli vuonna 2009 29 kappaletta. Vuonna 2007 suuria yrityksiä oli vain 16 (taulukko 1). Suuret yritykset ovat lähes kaksinkertaistaneet henkilöstönsä viidessä vuodessa 2009-2014, kun henkilöstön määrä pienissä yrityksissä on pysynyt seurantajakson ajan käytännössä samana.

Kuva 1. Suomen virallinen tilasto: palveluiden alue- ja toimialatilasto; kuluttajahintaindeksi 086 terveyspalvelut; *liikevaihto vain terveyspalvelut

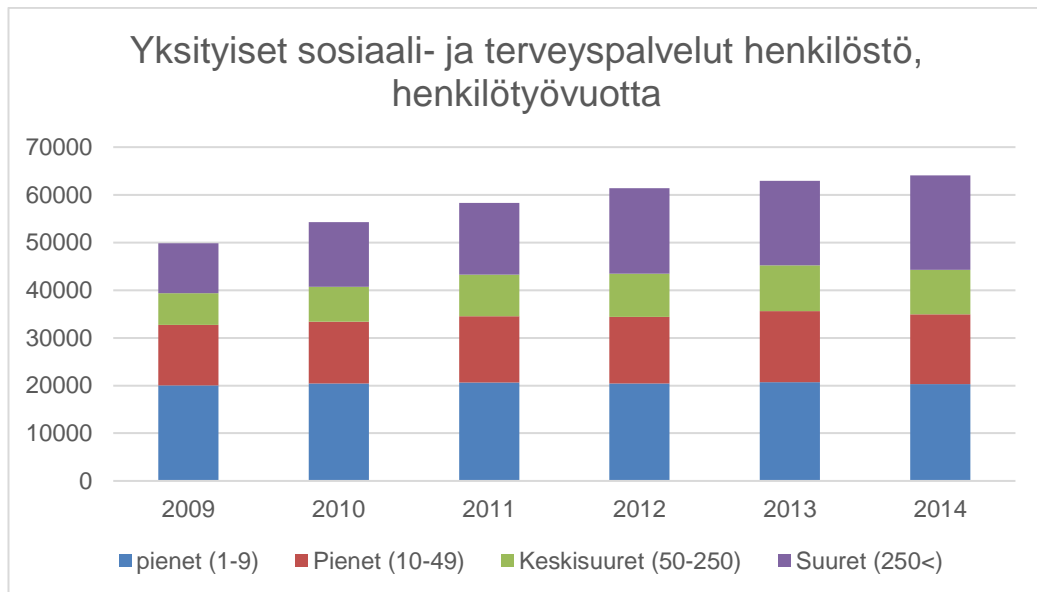


Yritysten määrän kasvu tapahtuu erityisesti pienissä yrityksissä. Yksityisen sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristö suosii erityisesti suuria yrityksiä. Alle 250 työntekijän pk-yrityksillä ei ole kasvunäkymiä, mutta pk-yritysten määrän kasvu viittaa koventuneeseen kilpailuun markkinasektorilla (Taulukko 1). Pienet yritykset ovat säilyttäneet markkinamerkityksensä liikevaihdon, yritysten määrän ja henkilökunnan määrän perusteella, vaikka eivät olekaan ryhmänä päässeet kasvuun mukaan. Toisaalta poikittaistutkimus ei kerro, pysyvätkö pienyritykset omassa kategoriassaan, vai kasvavatko ne seurantajaksolla. Vaikka yksityisellä sektorilla työskentely tarkoittaakin yhä useammin suuressa yrityksessä tehtävää palkkatyötä, pienyrittäjyyden tutkiminen näyttää silti olevan ajankohtaista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kentässä näyttäisi tilastojen mukaan haastavinta olevan keskisuurilla yrityksillä. (Kuvat 2 ja 3).

Kuva 2. Tilastokeskus: Yritysten rakenne- ja tilinpäätöstilasto; kuluttajahintaindeksi.



Kuva 3. Tilastokeskus: Yritysten rakenne- ja tilinpäätöstilasto; kuluttajahintaindeksi



2.3. Hoivayrittäjyyden markkinat

Hoivan markkinoita ei voi suoraan rinnastaa kuluttajamarkkinoihin. Britannian ja Suomenkin järjestelmiin keskeisesti vaikuttanut Nicholas Barr (2001, 25) kiteyttää kuluttajamarkkinoiden tehokkuuden viiteen kohtaan: 1. kuluttajien informointi; 2. informaation parantamisen kustannustehokkuus; 3. kuluttajien kompetenssi ymmärtää informaatio; 4. väärästä kuluttajavalinnasta koituvien kustannusten suuruus; 5. kuluttajien preferenssien eriyvyys. Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoilla huonolla valinnalla on suuret kustannukset, informointi on yksilöllistä ja tarvittavan informaation tason määrittäminen on vaikeaa.

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoiden täysi vapauttaminen julkisesta ohjauksesta ei ole esim. Barrin mukaan järkevää, lopputuloksena ovat säännellyt markkinat. Hoivan markkinoiden suomalaisenkin kontekstin keskeinen erityispiirre on näennäismarkkinat. Yksityisten palveluntuottajien keskeisin asiakas on kunta, jolla on laissa määrätty laaja järjestämisvastuu (mm. Simpura 2003, 171). Palveluntuotannon yksityistämisen strategiat voidaan jakaa kolmeen osaan tai vaiheeseen. Julkisen sektorin myöntämät avustukset ja verohelpotukset ovat hoivayrittäjille keskeinen tapa saada asiakkuuksia. Suomalaisessa järjestelmässä

nämä tarkoittavat käytännössä palveluseleitä ja kotitalousvähennystä. Palveluja voidaan ostaa tilaaja-tuottajamallin avulla, joka on myös rantautunut Suomen kuntiin ja hoivamarkkinoille. Kolmas strategia on rahoitusvastuun siirtäminen esimerkiksi hoivavakuutusten piiriin varsinaisen julkisen talouden ulkopuolelle. (Koskiahho 2008, 21).

Näennäismarkkinoiden logiikka perustuu kunnallisen palvelutuotannon jakamiseen tilaajaan ja tuottajaan. Kunnalla on suomalaisessa järjestelmässä laaja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu (Simpura 2003, 171). Tuottamisavassa kunnalla on kuitenkin nykytilanteessa paljon vapauksia. Tilaaja-tuottajamallissa kunta ohjaa resursseja tilaajana, mutta tuottamisessa toimijoita on useampi. Ideaalin mukaan syntyy vapaita markkinoita muistuttava tilanne, jossa parhaat palvelutuotteet selviävät kilpailun kautta (Heino 2008, 19).

Ulkoistamisen hyödyt yksityiselle tuottajalle liittyvät markkinoiden syntymiseen. Kunnan kannalta hyödyt ovat ydinosaamiseen keskittyminen, hintakilpailun tuomat säästöt sekä riskien ja oman palvelutuotannon liikapasiteetin välttäminen (Valkama ym. 2007, 347). Hyötynäkökulmia voivat olla myös julkisen sektorin tehokkuuden arvioinnin mahdollistuminen, kun samaa toimintaa toteutetaan yhteisessä asiakasympäristössä yksityisessä kontekstissa, sekä kustannustietoisuuden lisääntyminen (Heino 2008, 197).

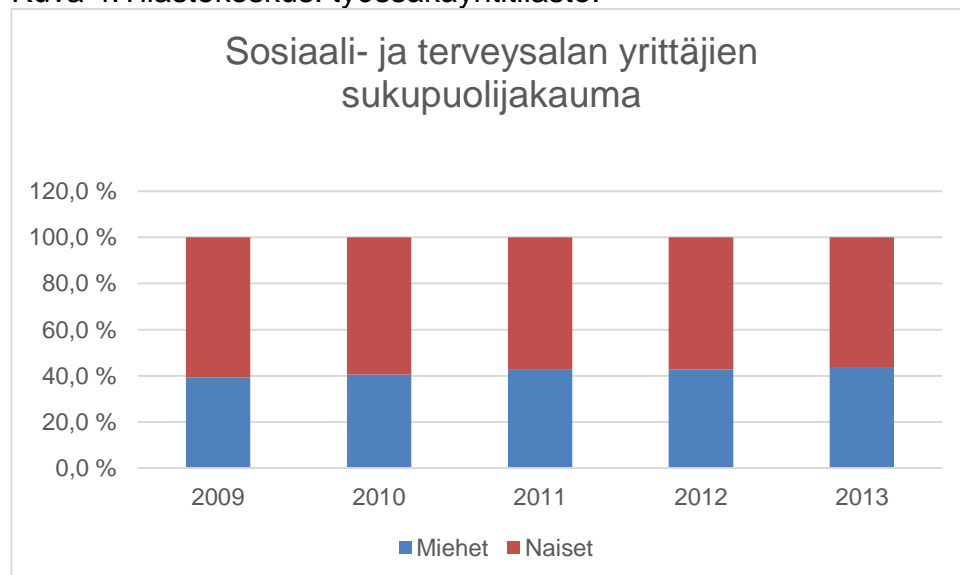
Hoivayrittäjäyys todellisuus näyttäytyy julkisen sektorin alihankintana. Esimerkiksi sosiaalialan yrityksistä 60 % myy palveluja pelkästään kunnille (TEM 2012, 18). Julkisen sektorin dominanttia roolin merkitystä voi tarkastella historiallisen esimerkin kautta: suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon eräs vähälle huomiolle jäänyt, mutta jokaisen tason leikkaava historiallinen näkökulma on julkisen sektorin monopsoninen asema (Pirttilä & Tuomala 2012, 125). Julkinen sektori on käytännössä ainoana työnantajana, yhdistettynä teollisuusintressien sanelemaan tulopoliittisiin kokonaisratkaisuihin, pystynyt vaikuttamaan koko sektorin ammattihenkilöiden yleiseen palkkatasoon. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän matalat henkilöstökustannukset ovat todennäköisimmin monopsonismin ohjaamia. Kun julkisen sektorin asema murentuu, saattaa palkkakustan-

nuksissa tapahtua yllättäviä muutoksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön kokonaisnäkökulmasta järjestelmän muutos voi olla rahan ja arvostuksen yhdistävässä yhteiskunnan tilassa positiivinen (vrt. Giddens 2006, 70; Kajanaja 2003, 222).

Toisaalta monopsonian voi ajatella uusiutuvan näennäismarkkinoilla julkisen sektorin asiakaspään markkinadominanssin kautta. On myös mahdollista yhdistää - ja tässä yhteydessä myös selittää - luvun 2.2. huomio suurten yritysten menestymistä sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoilla. Todellisuudessa tilaaja-tuottajamalli voi olla yhden suuren yrityksen ja yhden kunnan kauppaa, jolloin suuryritys ei ole kilpailutilanteessa (ks. Keskisuomalainen 16.2.2015). Pienille yrityksille kuitenkin yhden asiakkaan dominoivat näennäismarkkinat ovat usein todellisuutta, koska ne eivät pysty käyttämään hyödykseen mittakaavaetuja.

2.4. Eettiset vaatimukset ja sukupuolittuneisuus

Kuva 4. Tilastokeskus: työssäkäyntitilasto.



Hoiva ja hoivatyö ovat sukupuolittuneita. Ne ovat kulttuurisesti mielletty naisten tehtäväksi, eikä tämä käsitys ole merkittävästi arjen tasolla muuttunut (Anttonen & Zechner 2009, 16). Sukupuolittuneisuus vaikuttaa hoivayrittäjyydessä, kuten hoivassa laajemminkin matalana tuottavuutena ja ulkomarkkinallisten elementtien priorisoitumisessa (Kivenmäki 2012, 28). Sukupuolittuneisuuteen liittyy myös eettiset erityispiirteet. Kulttuuriset odotukset rajoittavat edelleen naisten yhteiskunnallista toimimista; hoivayrittäjyys on kulttuurisesti naisille sopivaksi mielletty ala ja hoivayrittäjyys on naisten toimintakentäksi rajattu alue (vrt. England 2009, 259).

Hoivan etiikasta puhuttaessa tarkoitetaan usein eroa teknis-rationaaliseen seurausetiikkaan, joka hallitsee yhteiskunnan julkisia areenoja. Tronton (1998, 18) nelijaon kuvastamaa hoivan kokonaisvaltaisuutta vasten hoivaetiikkaa kuvataan vastuurationaalisuuden käsitteellä. Hoitotyössä korostuvat seuraus- ja hyve-etiikan suuntaukset ja eettisen pohdinnan tilannesidonnaisuus enemmän kuin proseduraalinen oikeudenmukaisuus (Leino-Kilpi 2008, 68). Työn eettiset vaatimukset näkyvät myös ammattieettisissä ohjeissa, joiden toteuttaminen on ensisijassa hoitotyön ammattilaisen henkilökohtainen vastuu ja kiinteä osa ammattitaitoa (Välimäki 2008, 178).

Vuonna 2009 hoiva-alan yrittäjistä naisia oli 88,1% (Kivenmäki 2012, 13). Käytävissä olevan sosiaali- ja terveysalan yrittäjien tilaston sukupuolijakaumassa ei ole tapahtunut muutoksia vuosien 2009-2013 välillä (kuva 4). Tämän tilaston luvut ovat sukupuolen mukaan tasa-arvoisempia, mutta tilastoon sisältyvät esimerkiksi pienet lääkäriasemat, joista löytyy useammin miesyrittäjä, jotka selittävät eroa. Voidaan siis olettaa, että sukupuolittuneisuus on edelleen hoivayrittäjyyttä määrittävä erityispiirre.

Ammattieettiset vaatimukset ovat ennen muuta henkilökohtaisia, eivät organisaatiokohtaisia (Seedhouse 2009, 48). Yrittäjänä toimiva ammattihenkilö ei voi väistää niitä, vaikka niistä syntyisi haittaa ja tehottomuutta liiketoiminnalle. Ammatillisen osaamisen arvostus, johon eettiset vaatimukset rakentavat suuren osan sisällöstä, on keskeisenä motivaationa sosiaali- ja terveysalan yrittäjyydessä (Österberg-Högsted 2009, 22).

Ammattitaidon ja ammatillisen etiikan syvä kietoutuminen näkyy myös implisiittisesti hoivayrittäjyyttä koskevassa kirjallisuudessa. Sairaanhoidajaliiton yrittäjyyttä koskevassa teoksessa (Peltomaa & Grönvall 2006) eettiset lähtökohdat nostetaan heti johdannon jälkeen ensimmäiseksi tarkastelukohteeksi. Sinkkonen ja Rissanen (2004) nostavat etiikan keskeiseksi hoivayrittäjyyden erityispiirteeksi. Eettisyyteen tartutaan kiinni jokaisella tasolla. Hoivassa yhdistyy työ ja moraali, sitä toisaalta ylistetään, toisaalta alistetaan, koska hoivaan sisältyy riski hoivaajan heikkenevästä asemasta (Anttonen & Zechner 2009, 37). Hoivayrittäjyydessä riski toteutuu heikon tuottavuuden kautta.

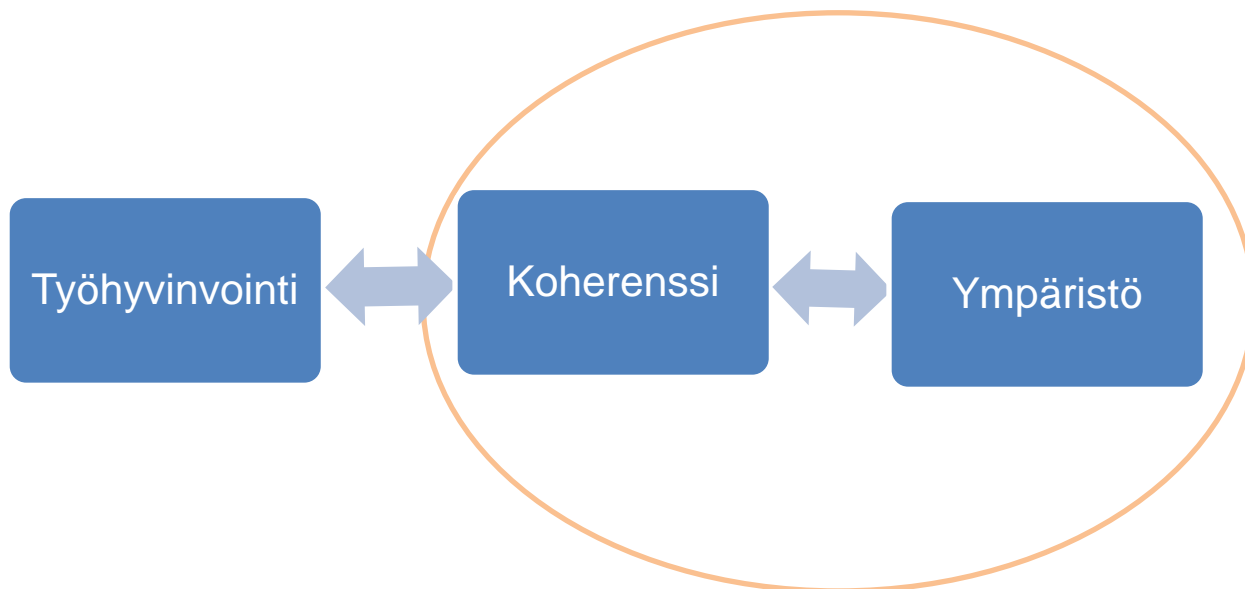
3 YRITTÄJYYS, TYÖ JA KOHERENSSI

3.1 Työ ja koherenssi

Terveys sosiologian isä (esitti nk. terveys sosiologisen kysymyksen: mitkä ovat terveyden alkulähteet?) Aaron Antonovsky hahmotteli käsitteen koherenssista, jota on sovellettu myös työelämään (mm. Räikkönen 2007, 230). Koherenssi tarkoittaa sisäistä varmuuden tunnetta sisäisen ja ulkoisen ympäristön todennäköisistä muutoksista. Käsitteessä on kognitiivinen (ymmärrettävyys), välineellinen (hallittavuus) ja motivationaalinen (mielekkyys) ulottuvuus (Antonovsky 1987, 16). Koherenssin tunteen ulottuvuudet voidaan kiteyttää: yksilön pitää paitsi tietää miten (ymmärrettävyys) vastata stressiin, myös tietää miksi (mielekkyys) tehdä niin ja olla kykeneväinen (hallittavuus) toimimaan (Feldt 2000, 11). Koherenssi liittyy vahvasti ympäristöön, joka määrittää paitsi stressin laadun ja määrän, myös voimavarojen tarpeen (Volanen 2012, 12; vrt. Sen 1997, 1962).

Työelämän tutkimuksessa koherenssi sijoittuu välittäväksi tekijäksi työhyvinvoinnin ja psykososiaalisten työn piirteiden välille (Feldt 2000, 17). Se on luonteeltaan kohtuullisen pysyvä ominaisuus, joka on dynaamisessa vuorovaikutuksessa työn toimintaympäristön kanssa (Feldt & Kivimäki & Rantala & Tolvanen 2004, 338). Vahva koherenssintunne vahvistaa työhyvinvoinnin edellytyksiä muokkaamalla toimintaympäristöä, toisaalta toimintaympäristön aiheuttama stressi vaikuttaa koherenssin tunteeseen. Esimerkiksi työttömyys on eräs tuhoisimpia positioita koherenssin tunteelle (Feldt 2000, 18).

Kuva 5. Koherenssin, työhyvinvoinnin ja ympäristön suhde ja tutkimuksen kohdentaminen



3.2. Yrittäjyys hoivatyön kontekstissa

Yrittäjyydessä ideaalilla tasolla korostuu vapaus ja henkilökohtainen riski. Palkkatyön tasaisuuteen verrattuna yrittäjyys kuvataan dynaamiseksi työn muodoksi, onnellisen yrittäjän ja lujilla olevan yrittäjän diskurssien (Kivenmäki 2012, 9) tai pamflettikirjallisuuden Taivas ja helveti –teemoittelulla (vrt. Puustinen & Mäkeläinen 2013). Yrittäjyys vaatii mm. vahvaa työorientoituneisuutta, joustavuutta ja innostusta. Myös vahva ammattitaito liitetään yrittäjyyden muotokuvaan sosiaali- ja terveysalalla (Österberg-Högstedt 2009, 40).

Hoivayrittäjyyteen, kuten yrittäjyyteen laajemminkin, päättymisen syyt voidaan kategorisoida työntö- ja vetotekijöihin (Hilander 2012, 74). Selkeä työntötekijä on esimerkiksi edeltävä työttömyys, jolloin hoivayrittäjyys on edellytys työllistymi-

selle. Tilanne voidaan määritellä myös pakkoyrittäjyydeksi. Vetotekijöitä on ammatillisen identiteetin toteuttaminen ja vapausasteet, joita yrittäjyys tarjoaa suhteessa palkkatyöhön.

Sosiaali- ja terveysalan yrittämisen aloituspäätösten taustalla näyttää olevan enemmän veto- kuin työntötekijät. Yrittäjäksi siirtymisen perusteissa korostuu liiketoiminnan mahdollisuuksien huomaaminen ja uralla eteneminen palkkatyön tyytymättömyyden ja työvajeen jäädessä merkitykseltään vähäisemmiksi (Österberg-Högstedt 2009, 41). Pakkoyrittäjyys ei siis näytä olevan alan yrittäjyyttä keskeisesti kuvaava ominaisuus. Toisaalta yrittäjyyteen siirtymisen syyt eivät yksilötasolla ole yksiselitteisiä, vaan taustatekijät saattavat olla erisuuntaisia (Kovalainen & Österberg 2006, 43).

Hoivayrittäjyyden aloittamista perustellaan hyvin erilaisilla syillä, eikä yrittäjyyteen yleisesti yhdistetty voiton tavoittelu ole useinkaan keskiössä (Hasanen 2013b, 332). Ammattitaito on keskeinen ankkuri yrittäjyydelle ja yrittäjän identiteetti kietoutuu vahvasti yhteen ammattitaidon tunteeseen (Österberg-Högstedt 2009, 58). Sosiaali- ja terveysalan ammattien, erityisesti hoitajien, diskurssina elävä kutsu- ja mustyö uusiutuu hoivayrittäjyydessä: hoivayrittäjyys ei ole kovinkaan tuottavaa, mutta ammatilliset vaatimukset ovat syvällä henkilökohtaisessa identiteetissä.

4 TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS

Biografiset menetelmät ovat nousseet kiinnostuksen kohteeksi useissa tieteenaloissa ja poikkitieteellistä keskustelua on runsaasti. Elämäkerrat ovat tiedon laatu ja näkökulma, joka jää muilla tiedonkeruun menetelmillä helposti huomioimatta (Roberts 2002, 2, 31). Aineistonvalintaani on ohjannut tarve saada tietoa nimenomaan yrittäjien subjektiivisesta näkökulmasta, joten yrittäjyysselämäkerrat sopivat aineistovaatimuksiin. Aineiston sisältöä ohjaa ainoastaan yrittäjyys aiheena, joten viitekehyksen teemat sekä yhteydet esiintyvät aineistossa spontaanisti.

4.1 Tiedonhaku

Valitsin tarkastelukulman hoivayrittäjyyteen aiemmissa opinnäytetöissä korostetun hoivayrittäjän subjektiivisen näkökulman tutkimustarpeen ohjaamana (mm. Manninen ym. 2011, 35). Tein kirjallisuuskatsauksen yhteydessä elektroniset haut keskeisistä hoitotyön tieteellistä tutkimusta koskevista tietokannoista, kuten Pubmed ja Ovid. Hakutermeinä olen käyttänyt mm. "sense of coherence", hoivayrittäjyys ja "care entrepreneurship".

Aiheen tarkentuessa yrittäjien kokemuksen tarkasteluun, tutkimuksellisen viitekehyksen painopiste siirtyi kauemmaksi hoitotieteen keskeisistä aiheista. Valitsin kokemuksen teoreettiseksi lähestymistavaksi koherenssiteorian, joka sijoittuu psykologian ja sosiologian rajapinnalle (Volanen 2012, 12). Sinkkosen & Rissanen toimittamaa (2004) Hoivayrittäjyys –yleisteosta viitataan yleisesti tutkimusaiheelleni läheisesti sijoittuvassa kirjallisuudessa. Teoksessa esiteltiin tutkimukseni käyttämä hoivayrittäjyyden erityispiirteet, jotka ovat luonteeltaan vahvasti suomalaiseen kontekstiin sidonnaisia. Keskeisiksi artikkeli- ja tietokantalähteiksi muodostuivatkin kotimaiset Arto, Melinda, Doria, Volter, Aura ja Academic Search Premier (EBSCO) –tietokanta.

Viitekehyksen lähteiden haravointi ja soveltaminen on tosiasiasa monipolvinen prosessi, jossa manuaalinen ja hakukoneavusteinen menetelmä vuorottelee. Kirjallisuuskatsauksen manuaalisessa tiedonhaussa olen hyödyntänyt avainlähteitä, joita ovat tutkimuksen aiheeseen läheisesti paikannettavat Kirsi Hasasen väitöskirja (2013a) *Narrating Care and Entrepreneurship* sekä artikkeli (2013b) *Emännöivä toimitusjohtaja, alihankkija ja naisammattilainen. Hoivayrittäjän asemat markkinoituvassa palvelujärjestelmässä*. Näissä tutkimuksissa on käytössä sama aineisto kuin tässä tutkimuksessa. Kolmas hoivayrittäjyyden kannalta avainasemassa oleva lähde on Riina Kivenmäen pro gradu –tutkielma (2012) *Kolme tapaa puhua hoivayrittäjyydestä*. Koherenssin viitekehyksen kannalta keskeinen lähde on Taru Feldtin väitöskirja (2000) *Sense of coherence: structure, stability and health promoting role in working life* sekä Salla-Maarit Volasen (2012) väitös *Sense of Coherence – Determinants and Consequences*.

4.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö on tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistama tutkimukselle keskeinen ominaispiirre. HTK-ohjeistuksen tarkoitus on edistää tieteen eettistä kestävyyttä ja estää vilppiä. Tärkeitä näkökulmia ohjeistuksessa ovat rehellisyys, huolellisuus, toisten saavutusten tunnustaminen ja eettisesti kestävien menetelmien käyttö. Ohjeiston vaikuttavuus perustuu erityisesti ennaltaehkäisyyn ja itsevalvontaan. (TENK 2013, 4.)

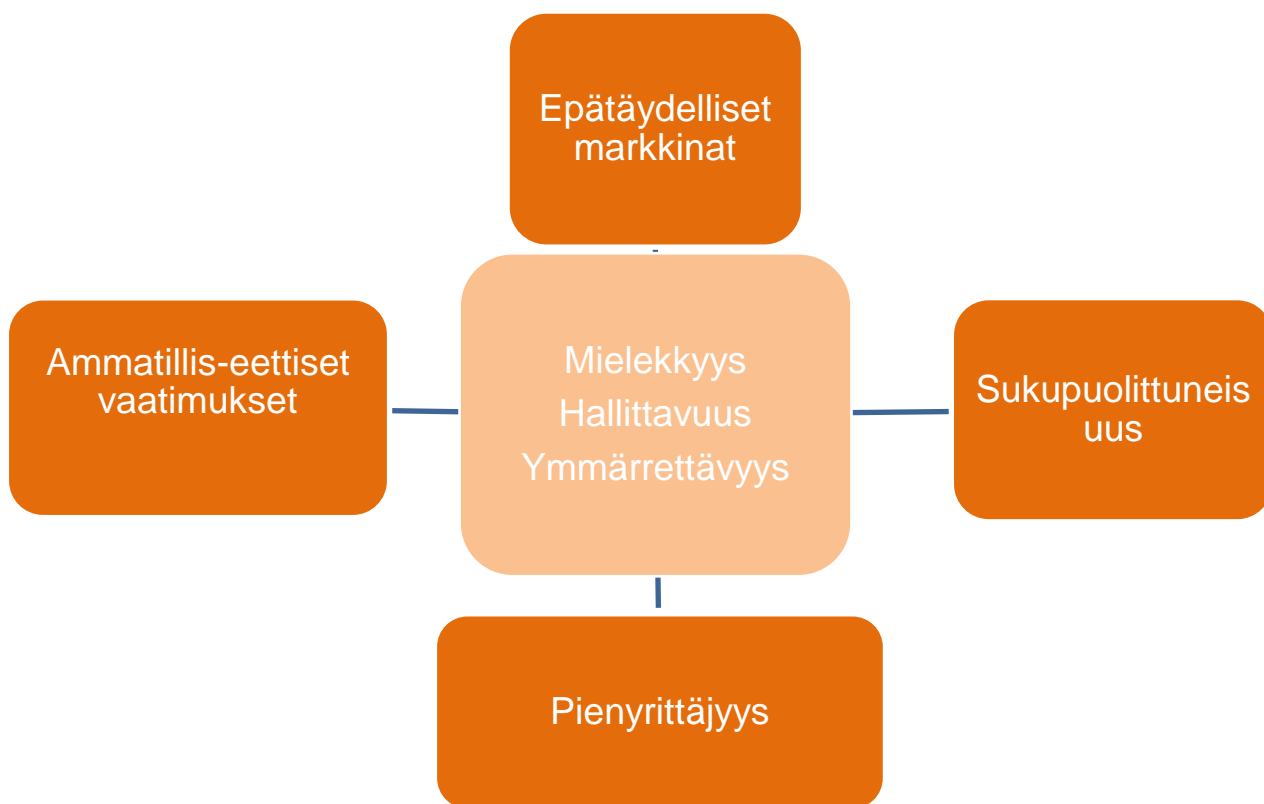
Tieteellinen käytäntö kuvaa tieteen vaatimuksia tutkijaa kohtaan, eikä itsessään takaa tutkimuksen sisällöllistä tieteellisyyttä: kriittistä, auktoriteeteista vapaata ja uutta tietoa tuottavaa luonnetta. Tutkimuksella tulee olla intressi, millaista tietoa se on tuottava ja mitkä ovat selitysvoiman rajat. Tämän tutkimuksen tietointressi on luonteeltaan ymmärrystä lisäävä eli hermeneuttis-praktinen (Hirvonen 2006, 42). Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tietoa hoivayrittäjien näkökulman tulkinnalla vasten yritysten toimintaympäristöä.

Tutkimuseettiset kysymykset tämän tutkimuksen kohdalla perustuvat aineiston rehelliseen erittelyyn ja tutkimusmenetelmien laadun varmistamiseen. Aineiston käyttöön opinnäytetyötä varten luvan on antanut Yhteiskunnallinen tietoaarkisto.

Tutkimuksen aineisto on aiemmin kerätyn uudelleenkäyttöön perustuvaa. Kirsi Hasanen on kerännyt alkuperäisen aineiston väitöskirjaansa varten ja luovuttanut sen Yhteiskunnalliseen tietoaarkistoon uudelleenkäyttöä varten. Hasanen on myös itse tehnyt jatkotutkimusta aineistolla. Yhteiskunnallisen tietoaarkistoon arkistoitu aineisto on valmiiksi anonymisoitu. Aineiston alkuperäisen keräämisen yhteydessä on noudatettu keskeisiä eettisiä näkökulmia kuten suostumusta (ks. Hasanen 2013a).

4.3 Analyysiprosessin kuvaus

Kuva 6. Analyysin teoreettiset lähtökohdat



Tutkimuskysymyksinä esitän:

1. Miten hoivayrittäjyyden erityispiirteet ja koherenssi purettuna mielekkyyteen, hallittavuuteen ja ymmärrettävyyteen esiintyvät aineistossa?
2. Liittyykö koherenssin tunteeseen hoivayrittäjillä muita alalle erityispiirteisiä lähteitä?

Kyseessä on laadullinen tutkimus. Tutkimustyyppinä laadullinen tutkimus on jännitteinen empirian ja teorian vuoropuhelussa; missä määrällisessä tutkimuksessa teoria ohjaa empiirisen havainnoinnin suuntaa, empirian joko antaessa tai kiistäessä tukea teorialle, laadullisessa tutkimuksessa empiria ja teoreettinen viitekehys käyvät vuoropuhelua (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19). Syynä on ero lähestymisestä todellisuuden luonteeseen. Määrällisessä tutkimuksessa havainnoitava maailma voidaan nähdä vakaana ja kontrolloituna. Laadullisen tutkimuksen per-

spektiivistä määrällinen tutkimus kuvaa todellisuutta vain pintapuolisesti. Laadullisessa perinteessä havainnoitava maailma ja ilmiö nähdään holistisena ja sosiaalisesti konstruotuna. (Janhonen & Nikkanen 2003, 9; Berger & Luckmann 1966, 147).

Laajassa tieteellisessä kehyksessä kyseessä ei ole vastakkainasettelusta. Kumpaakin lähestymistapaa tarvitaan tieteen edistämisessä. Lyhyesti ilmaistuna ja yksinkertaistettuna laadullinen tutkimus avaa induktiivisesti havaintojen kautta uusia kysymyksiä, joiden yleistettävyyttä voidaan tutkia määrällisellä tutkimuksella. Laadullinen tutkimus tuottaa ja selittää havaintoja (Alasuutari 1999, 50). Tämän tutkimuksen tehtävä sijoittuu hoivayrittäjyyden ilmiön selittämiseen yrittäjän näkökulmasta.

Tutkimuksen menetelmä on aineiston erittelu ja tulkinta kuvan 6. mukaisen kehyksen mukaisesti. Teemat kertovat mitä tietystä asiasta on sanottu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Teemoja ovat viitekehyksen hoivayrittäjyyden erityispiirteet sekä koherenssin ulottuvuudet. Analyysissä tulkinnan kohteena on teemojen yhteydet, jotka muodostavat tutkimuskysymyksen: miten hoivayrittäjyyden erityispiirteet ja koherenssi vaikuttavat toisiinsa hoivayrittäjien työssä?

Analyysi on teorialähtöinen eli lähestyn aineistoa hoivayrittäjyyden erityispiirteiden ja koherenssin osa-alueiden kautta. Tarkastelun kohteena on, miten hoivayrittäjyyden erityispiirteet keskeisessä suomenkielisessä kirjallisuudessa ja koherenssin alateemat liittyvät aineistoon. Tarkoituksena on selvittää näiden teoreettisten lähtökohtien näkyvyys yrittäjäelämänkerroissa. Sekundaarinen aineisto rajaa tutkimuksen selitysvoimaa, koska näitä teemoja ei ole alkuperäisessä aineistossa annettu tutkimuskohteille pohdittavaksi.

Analyysiprosessissa luen aineiston ensin lähilukuna, jonka jälkeen haarukoin kertomuksista aiheeseen liittyvät kuvaukset. Erittelen tutkimukseen liittyvät kertomuskohdat teoreettisen kehyksen mukaisesti. Sama kertomuksen kohta voi liittyä useampaankin tarkastelun kohteena olevaan käsitteeseen. Muodostan erittelyn pohjalta prosessoidun kokonaisuuden, jossa aineiston sisältämät teoreettisiin lähtökohtiin liittyvät episodit on koottu ja ryhmitelty. Teen analyysin, eli vertaan

aineiston sisällön sopivuutta teoreettisiin lähtökohtiin, ja määritän tulokset tämän tuotoksen pohjalta.

Painotan analyysissäni sairaanhoitajayrittäjien kertomuksia opinnäytetyön tarkoituksen ohjaamana. Aineiston koon rajoitusten sekä hoivayrittäjyydelle yhteisten piirteiden perusteella käytän kuitenkin koko aineistoa eritellessäni teemoja. Tarkastellessani koherenssin tunteen ja hoivayrittäjyyden toimintaympäristön yhteyksiä, keskityn tarkastelemaan sairaanhoitajayrittäjien kertomuksien sisältöjä.

5 TULOKSET

Yrittäjäelämäkertta-aineiston koulutustausta ja toimiala vaihteli, mutta siinä oli myös säännönmukaisuutta. Kaikki aineiston 8 sairaanhoitajaa toimivat asuminen ja hoidon yhdistävissä yrityksissä. Sosiaali- tai kasvatustalon ylemmän koulutuksen saaneet toimivat myös pääsääntöisesti jonkinlaisen erikoistuneemman laitoksen omistajina. Mitä alempi koulutustaso, sitä lähemmäs yritystoiminta asettui perushoivan ja kevyemmän rakenteen palveluyritystä, kuten kotihoitoa tai ryhmäperhepäivähoitoa.

Taulukko 2. Yritystyyppien jakautuminen koulutustaustan mukaan

Koulutus/Yritys	Hoitokoti	Kotihoiva	Lapset ja nuoret	Muu
Sairaanhoitaja	7		1	
Lähihoitaja	4	1	3	1
Sosiaali/kasvatus		1	6	
Kodinhoitaja		2		1
Muu/ei tietoa		3	2	2

Tarkastellessa minkälaisia yrityksiä ja yrittäjiä aineistossa on, noin puolet kertojista oli saanut starttirahaa yrittäjyyden alkutaipaleella. Myös eri asteinen yrittäjyyskoulutus mainittiin toistuvasti. Suurin osa yrittäjyydestään kertovista oli jo useamman vuoden kokemus yrittämisestä ja yritys oli käynyt läpi erilaisia vaiheita. Joillain oli jo useampi yrittäjyyskokemus taustalla. Osalla yrityksistä oli kasvusuunnitelmia, mutta kertomusten valossa toiminta kulki pääosin tasaisella polulla: ei konkurssin uhkaa, mutta ei suuria ylämäkiäkään näköpiirissä. Kyseessä oli siis työn ja toimeentulon mahdollistava projekti, mutta riskinottoon ei ollut halua. Yritykset sijoittuivat henkilöstöluvussa yhden ihmisen toiminimestä noin 10 työntekijän pienyrityksiin.

5.1. Pienyrittäjyys

”Koen että pienyrittäjää ei tue yhteiskunta millään tavoin”

Pienyrittäjyys teemana oli läsnä kerronnassa. Pienyrittäjyyden alateemoja olivat toisaalta vapaus, jossa toisaalta yhdistyy oma saavuttaminen, toisaalta riskit ja riittämätön yhteiskunnan tuki. Kertojia yhdisti kriittinen kokemus tai käsitys julkisen sektorin työstä tai palkkatyöstä yleensä. Ongelmanasettelussa, esimerkiksi yrittäjän lyhyiden sairaslomien palkattomuus, kuvaa pienyrittäjyyden ja palkkatyön samankaltaisuutta luonteeltaan – työtä ei voi tehdä esimerkiksi hengitystieinfektion aikana - mutta tukiverkon tasolla poikkeavuutta. Valinnan vapauteen liittyy myös oman käden jälki - vapaus joka on itse hankittua, ei annettua.

Kertomukset eivät sisällä pienyrittäjyyteen usein liittyvää taloudellista haavoittuvuutta, ainakaan henkilökohtaisen talouden näkökulmasta. Ansiotason heikkous mainitaan irrallisesti, mutta puhetapa on selviytymistä korostavaa. Heikko ansiotaso sidotaan käsitykseen yrittäjyydestä elämäntapana. Suuri työmäärä mainitaan usein, mutta se nähdään hallittavana ominaisuutena. Pienyrittäjyyden teemasta kertomuksissa korostuu positiiviset näkökulmat – vapaus tehdä työtä omilla ehdoilla - kuten yrittäjä H kuvaa: *”Työ on mielekästä, voin hoitaa potilaita juuri niin kuin olen aina halunnut.”*

5.2. Ammattieettiset erityispiirteet

”Paras kiitos tulee tehdystä työstä ja tyytyväisistä asiakkaista”

Ammatilliseettisten vaatimusten erityispiirre korostui selkeimpänä teemana aineistossa. Sen alateemoiksi aineistossa muodostui ammattitaitoisuus, eettisyys ja palvelun laatu asiakkaiden arvointien kautta. Hoitotyön eettisyys nousi kertomuksissa selkeästi tärkeämmäksi yritystoiminnan perusteeksi kuin taloudelliset hyödyt. Kirsi Hasanen (2013b, 328) on tehnyt aineistosta aiemmin saman huomion.

Kun ammattieettinen näkökulma ja taloudelliset näkökulmat olivat kertomuksissa vertailussa rinnakkain, ammattieettisyys nostettiin aina keskeisempään asemaan. Esimerkiksi kertomuksen C yrittäjä kuvaa yleistävästi: ”yrittäjät tekevät työtään 110% asiakkaan etu ja tarpeet tärkeimpinä kriteereinä palvelulle”. Dementiaryhmäkotia pyörittävä yrittäjä E kiteyttää ammattieettisten erityispiirteiden keskeisyyden hoivayrittäjyyden mielekkyydelle: *”en koe tätä bisneksenä vaan elämäntapana ja saa tyydytystä hyvin tehdystä työstä ja teen jokaisen eteen parhaani, en omasta mielestäni liikaa vaan sen minkä voi kuinkin eteen tehdä kunnioituksella.”*

Ristiriitaa yhteiskunnassa vallitsevien teknis-rationaalisten arvojen ja hoivan arvojen välillä käsitellään myös kertomuksissa. Ristiriita ammattieettisten vaatimusten ja talouden välillä heijastuu näissä kertomuksissa yrittäjäkokemusta laajempaan toimintaympäristöön. Vastaus ristiriitaan on näissäkin kertomuksissa kertomusten yleisen linjan mukainen. G, Sairaanhoidaja, hoitokotiyrittäjä: *”Mutta olen onnellinen valinnastani vaikka aluksi pelottikin tuntematon tulevaisuus. Nyt tunnen olevani vapaa olemaan omat itseni ja nimenomaan sosiaalinen persoona teknistyvässä yhteiskunnassa. Pienen ihmisen asialla, helpottamassa arjen kuvioita.”*

5.3. Näennäismarkkinat

”Tämä vaihtoehto on liian kallis”

Teema kunnista markkinaosapuolena sai aineistossa yllättävän vähän huomiota. Ennen kuin markkinaosapuolena, keskeisimpänä pienyrittäjän tulonlähteenä, kuntaa ja sen viranomaisia kuvattiin neuvotteluosapuolena. Usein myös hyvin epäammattimaisena neuvottelukumppanina: *”Lääninhallitus kävi tekemässä pistokokeen, luulen meillä olevan hoidossa ylipaikoilla vanhuksia. Jälkeenpäin soitin lääninhallitukseen, tarkastuksen parempaa syytä, sain kuulla, kuntani oli ilmoittanut minun varkain vievän asukkaita palvelukotiimme.”*

Epätäydellisten markkinoiden elementeistä palvelusetelit ja kotitalousvähennys mainittiin aineistossa. Kilpailutukset näyttelivät pientä roolia, mutta verkostomaisen yhteistyö nousi esille selkeämpänä alateemana julkisen sektorin ehdoilla toimivissa markkinoissa. Henkilösuhteilla oli merkitystä erityisesti pienemmillä paikkakunnilla. Hyvinvointikunta-käsityksestä poiketen julkisen toimijuuden merkityksessä korostui lääninhallinto. Toisaalta yrittäjyyselämänkerrat kuvaavat osin pitkiäkin yrittäjyysuria, joten olosuhteet ovat voineet muuttua.

Pienyrittäjän rooli nähdään irrallisena muusta sosiaali- ja terveydenhuollosta niissä kertomuksissa, joissa eksplisiittisesti käsitellään suhdetta. Rooli on alisteinen muulle järjestelmälle: julkisella puolella on valtaa kontrolloida yrittäjää monikanavaisesti rahoituksen ja normien kautta. Yrittäjä F kuvaa asemaansa hoivamarkkinoilla: *"Näen yritysmaailman toiminnon eräänlaisena näyttötyönä jota asiakkaat, omaiset, viranomaiset, stakes, lääninhallitus ja koko kylän väki arvoivat! Minä olen NÄYTÖN paikassa alinomaa mutta nöyränä kuuntelemaan arviointia."*

Kokonaisuutena epätäydelliset markkinat –teema on löydettävissä. Se on läsnä, mutta merkitykset ovat hajanaisia ja poikkeavat muodollisesta markkinaosapuolien kanssakäymisestä. Luottamushenkilöiden rooli on kokemuksissa suurempi kuin viranhaltijoiden. Perimmäisenä syynä haasteisiin tai onnistumisiin kunnan kanssa tehdyssä yhteistyössä nähtiin olevan luottamushenkilöiden asenteet ja toiminta.

5.4. Naisyrittäjyys

"Pienellä firmalla on tekemistä, kun kolmekin työntekijää jää samoihin aikoihin äitiyslomalle"

Naisyrittäjyyden teema ei saa aineistosta selkeää tukea. Sukupuolittunut työelämä toisaalta leikkaa teemana läpi aineiston. Yrittäjät eivät kertomuksissaan

miellä naisyrittäjyyttä erityiseksi piirteeksi yrittäjäelämäkerrassaan, vaan erityispiirteet heijastuvat välittävien tekijöiden kautta. Erityisesti äitiys- ja hoitopaikat koettiin haastaviksi tilanteiksi ja ne korostuivat kertomuksissa keskeiseksi rakenteelliseksi ongelmaksi. Äitiyslomien ongelmallisuus liittyi koettuun epävarmuuteen, sijaisjärjestelyjen hankaluuteen sekä kustannuksiin. Vaikka Kela korvaakin äitiysloman kuluista suurimman osan, korvaus maksetaan jälkikäteen, jolloin kustannus voidaan kokea absoluuttista menoa suurempana.

Hoivayrittäjyyden ulkopuolinen sukupuolittunut hoivavastuu kulki rinnan ja osin limittyi yrittäjyyden kanssa. Erityinen hoivavastuu, esimerkiksi paljon tukea tarvitseva oma lapsi tai isovanhempi, oli joissain tapauksissa keskeinen syy yrittäjyyteen suuntautumisella. Jotkut yrittäjyyselämäkerran kirjoittajista olivat havainneet vammaisen omaisensa hoitoa järjestäessä alueellisen tai viiteryhmän palvelumuotojen vajauksen ja paikanneet sitä omalla yrittäjyydellään. Omien lasten hoitaminen ei noussut yrittäjyyden kanssa ristiriitaa aiheuttavaksi tekijäksi kertomuksissa.

5.5 Koherenssin lähteet hoivayrittäjyydessä

”Mutta itse olen todella tyytyväinen elämäni näin”

Kertomuksissa toistuva selitys yrittäjyyteen suuntautumiselle ja yrittäjänä selviytymiselle oli lapsesta asti opittu kova työ, yleensä yhdistettynä yrittäjätaustaiseen perheeseen. Myös tyttölapset tekivät tämän teeman kertomuksissa kovaa ruumiillista työtä, jonka he kokivat kovettaneen hoivayrittäjyyteen liittyvään ruumiilliseen työhön ja pienyrittäjän pitkiin työviikkoihin. Mielenkiintoisena yksityiskohtana nousi esiin myös maalaistyössä opittu työn arviointi ja suunnitelmallisuus, jotka edistävät työn hallittavuutta.

Ammattietiikka yhdistyy aineistossa koherenssin osa-alueista ymmärrettävyyteen ja mielekkyyteen voimakkaasti. Motivaatio lähtee muotoutumaan jo lapsuuden kokemuksista, kuten sairaanhoitaja L:n kohdalla: *”Minut on opettanut lukemaan nk. mielenterveysongelmainen ja kuuntelemaan klassista musiikkia. EN IKINÄ UNOHDA HÄNTÄ ja hänen sydämellisyyttään.”* Hänen kertomuksessaan

mielekkyys kietoutui erittäin voimakkaasti ammattieettisyyteen. Yrittäjyyden perusteet taas nousivat hänen kohdallaan kokemuksista julkisen sektorin eettisen ilmapiiirin vajaavaisuuksista.

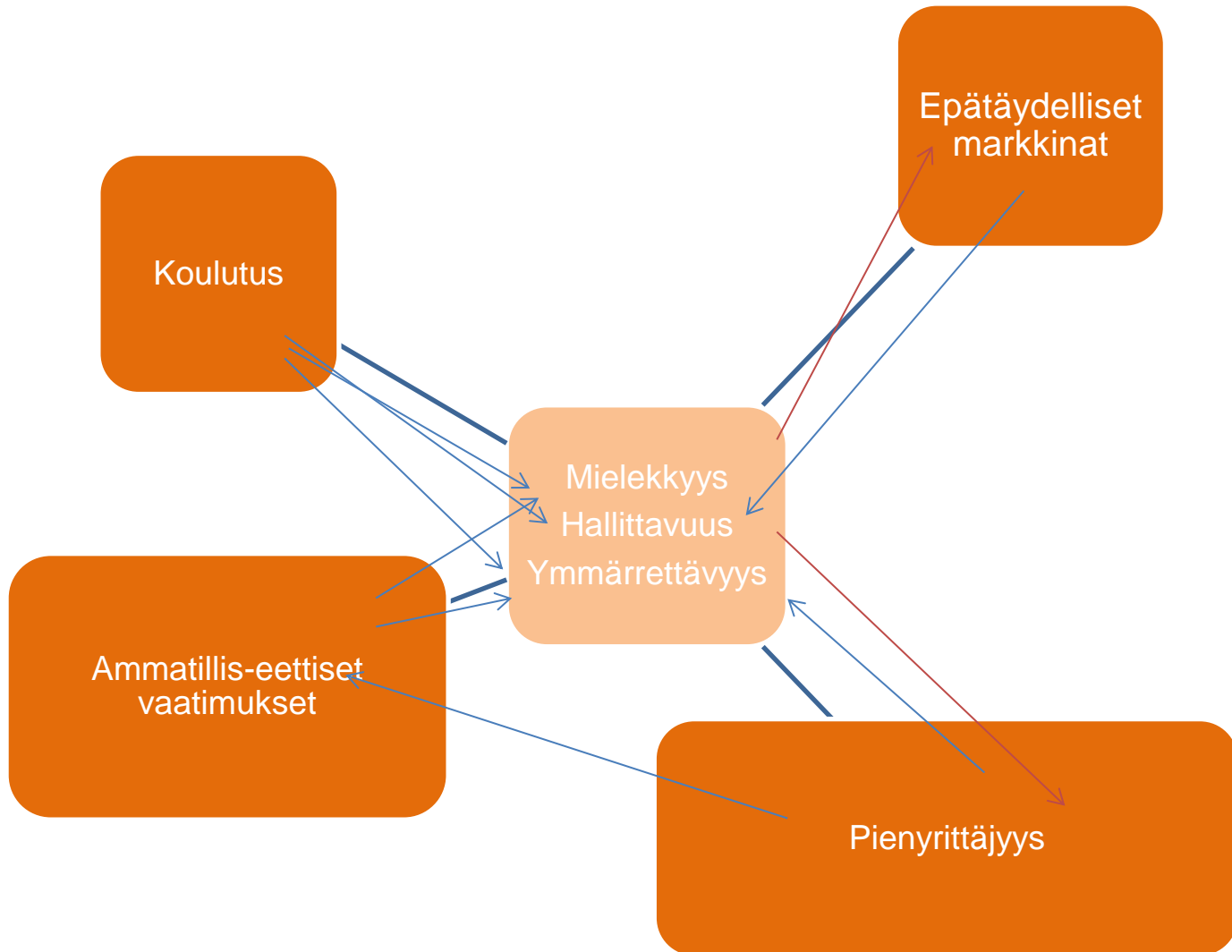
Ammattietiikan toteuttaminen perusteli pienyrittäjyyden mielekkyyttä yleisesti: pienyrittäjyys mahdollisti eettisesti korkeatasoisen työn. Ruumiillinen hoivatyö oli usealle tärkeä osa työn mielekkyyttä ja ymmärrettävyyttä. Pienyrittäjyys myös tuotti hallittavuuden tunnetta. Omistajuuteen liittyvät hallinnolliset tehtävät näyttäytyivät pakollisena, mutta hallittavana pahana. Yrittäjyyden onnistumista kuvattiin myös nimenomaan eettisten tavoitteiden toteutumisen kautta. Pienyrittäjyys näyttäytyi toisaalta suuren työmäärän johdosta myös mielekkyyttä uhkaavana ulottuvuutena. Työvoimaan liittyvät riskit aiheuttivat hallittavuudelle uhkaa.

Työn koherenssin haasteeksi nousee kertomuksissa myös henkilökunnan jakaminen oman jaksamisen rinnalle. Asiakkaita kohtaan tunnettua huolta ei esiinny, vaan luottamus omassa yrityksessä annetun hoivan laatuun on selkeä aineistonlaajuisesti. Oman jaksamisen kannalta perhe nousee kahdessa kertomuksessa tärkeäksi voimavaraksi.

Alkuperäisten teoreettisen tarkastelun teemojen ristiintarkastelun ulkopuolelta koulutus nousee keskeiseksi koherenssin tunteen lähteeksi, jossa yhdistyy sekä mielekkyys, hallittavuus että ymmärrettävyys. Koulutus lisää hallittavuutta muovaamalla hoivan tuottajista ammattilaisia, joilla on ammatillinen itsetunto. Se lisää mielekkyyttä kehittymisen ja kehittämisen myötä, eli sisäisen ja ympäristön kehitys näyttäytyvät yhdessä.

”Ne tärkeät arvot ovat ajattelun ja toiminnan vapaus, terve ammatillinen itsetunto, mahdollisuus kehittää ja kehittyä sekä mahdollisuus työllistää” - Sairaanhoidaja V.

Kuva 7. Analyysin tuloksien mukainen kuvaaja koherenssin ja hoivayrittäjyyden välisistä suhteista.



Siniset nuolet osoittavat koherenssia tukevia elementtejä, punaiset nuolet koherenssille riskejä aiheuttavia.

6 POHDINTA

Sinkkosen & Rissasen (2004, 17) hoivayrittäjyyden erityispiirteistä yrittäjien kokemuksille merkityksellisimpiä ovat pienyrittäjyys ja ammattillinen eettisyys. Erityispiirteet miellettyinä toimintaympäristöksi pienyrittäjyys on selkeämmin ympäristöön liittyvä tekijä, kun ammattieettisyys lävistää kaikki tasot ympäristöstä henkilökohtaiseen ja määrittää toimintaa.

Yrittäjien työn koherenssin tunteessa ammattieettisyys on keskeisessä roolissa kaikissa koherenssin ulottuvuuksissa. Koulutus nousee erityispiirteiden alkupe-
räisen viitekehyksen ulkopuolelta tärkeäksi osaksi työn mielekkyyttä ja hallittavuutta. Pienyrittäjyyteen liittyvä vapaus lisää myös työn hallittavuutta.

Hoivan ja markkinoiden välillä on ristiriita, koska tavoitellut hyödyt ovat erilaiset. Ristiriita näyttäytyy hoivayrittäjien toiminnassa ja keskeinen ratkaisustrategia näyttää olevan hoivan etiikan keskeisyys motivaationa yrittäjyydessä. Julkisen sektorin voidaan ajatella siirtävän kehityksellistä painopistettään positivistiseen suuntaan. Muutoksesta kertovat systemaattisuutta ja tehdyn hoitotyön näkyvyyttä tavoittelevat käytännöt ja kirjauksen kehittämissuunnat (Mäkelä 2014, 131). Hoivayrittäjät esittävät yrittäjyyteen johtaneen julkisen sektorin työssä kohdattu hoivaeettinen vaje. Mielenkiintoisesti - jopa paradoksaalisesti - hoiva näyttäytyy keskeisenä ohjaavana arvona yksityisellä sektorilla, vaikka mielikuvissa yksityinen sektori nähdään usein tehokkuuden tavoitteluna laadun joustaessa (TEM 2015, 4).

Pienyrittäjien markkinaosuus on suhteellisesti kaventunut ja kokonaisliikevaihto on pysynyt samalla tasolla, pienten yritysten määrän silti samalla kasvaessa. Hoivan markkinat ovat siirtymässä suurten yritysten markkinoiksi pienten yritysten suhteellisen aseman heiketessä. Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on kerätty ennen suuryritysten kasvua, joten kehitys ei näy siinä. Kertomukset kuitenkin kertovat pienyrittäjien arvomaailmasta, jossa yrittäjyys on enemmän elämäntapa ja reitti korkeaan ammattieettiseen työtapaan. Lopputuloksena voidaan kysyä, onko järkevää puhua hoivayrityksistä kokonaisuutena, vai

ovatko suuret ja pienyritykset ratkaisevasti erilaisia? Voiko puhua järkevästi hoivamarkkinoiden yksityisestä sektorista, vai olisiko tarkempaa puhua yksityisistä sektoreista? Kysymys on jatkotutkimuksen kannalta mielenkiintoinen.

Koulutus nousee keskeiseksi koherenssin lähteeksi aineiston yrittäjillä. Terveystenhuollon koulutusta kehitetään samalla myös yrittäjähenkiseen suuntaan. Koulutuksen yrittäjyyskasvatuksen kohteena on pienyrittäjyys. Tämän perusteella pienyrittäjät tulisi integroida koulutukseen vastavuoroiseen suhteeseen. Toisaalta ammattitaidon kehittämisen voi nähdä pienyrittäjän työn koherenssin kannalta tukevaksi tekijäksi, toisaalta pienyrittäjillä on empiirinen kokemus yrittäjyyskoulutuksen tavoitteiden mukaisesta toimintaympäristöstä.

LÄHTEET

- Alasuutari Pertti. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Antonovsky Aaron. 1987. Unraveling mystery of health. How people manage stress and do well. San Francisco: Jossey Bass.
- Anttonen Anneli, Zechner Minna. 2009. Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen Anneli, Valokivi Heli, Zechner Minna (toim.) Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino.
- Anttonen Anneli, Sipilä Jorma. 2009. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Giddens Anthony. 2006. Sociology 5th edition. Cambridge: Polity press.
- Beck Ulrich, Beck-Gensheim Elisabeth. 2001. Individualization. London: Sage publications.
- Berger Peter, Luckmann Thomas. 1966. The Social construction of reality. Bantam: Doubleday.
- Byckling Leena. 2003. Hoivayrittäjyyden mahdollisuuksia. Janus 11(3). 245-255.
- England Paula. 2009. Toward gender equality: Progress and bottlenecks. Teoksessa Blau Francine, Brinton Mary, Grusky David (toim.) The declining significance of gender? New York: Russell Sage foundation.
- Esping-Andersen Gøsta. 1990. The three worlds of welfare capitalism. Princeton: Princeton university press.
- Feldt Taru, Kivimäki Mika, Rantala Anne, Tolvanen Asko. 2004. Sense of coherence and work characteristics: A cross-lagged structural equation model among managers. Journal of Occupational and Organizational Psychology 77, 323–342
- Kari Matti, Kattelus Mervi, Saari Juho. 2008. Sosiaalinen Eurooppa murroksessa. Helsinki: Eurooppatiedotus.

Hasanen Kirsi. 2013a. Narrating Care and Entrepreneurship. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Hasanen Kirsi. 2013b. Emännöivä toimitusjohtaja, alihankkija ja naisammattilainen. Hoivayrittäjän asemat markkinoituvassa palvelujärjestelmässä. Janus 21(4), 330-344.

Heino Markku. 2008. Näennäismarkkinat vaihtoehtona sosiaali- ja vanhustenhuollossa. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia. Turku: Turun AMK.

Hilander Anja. 2012. Naisyrittäjyys – vetoa vai työntöä työelämästä. Pro gradu Jyväskylän yliopisto.

Hirvonen Ari. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa Jaana, Launis Veikko, Lötjönen Salla, Sorvali Irmeli (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Janhonen Sirpa, Nikkonen Merja. 2003. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Janhonen Sirpa, Nikkonen Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Keskisuomalainen. 2015. Jämsä hyväksyi Sote-palveluiden ulkoistamisen. <http://www.ksml.fi/uutiset/keski-suomi/jamsa-hyvakysi-sote-palveluiden-ulkoistamisen/1988845> luettu 22.10.2015.

Kivenmäki Riina. 2012. Kolme tapaa puhua yrittäjyydestä – diskurssianalyttinen tutkielma yrittäjänäisten haastattelupuheesta. Pro gradu. Tampereen yliopisto.

Koskiahho Briitta. 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Tampere: Vastapaino.

Kovalainen Anne, Österberg Johanna. 2006. Julkisen sektorin toimijasta yrittäjäksi osa 1. Teoksessa Heinonen Jarna, Kovalainen Anne, Österberg Johanna (toim.) Palkkatyöstä yrittäjäksi. Tutkimus yrittäjäksi ryhtymisen reiteistä sosiaali- ja terveysalalla sekä kaupallisella ja teknisellä alalla. 15-78. Työpoliittinen tutkimus 297. Helsinki: Työministeriö.

Kröger Teppo. 2009. Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anttonen Anneli, Valokivi Heli, Zechner Minna (toim.) Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki. Tampere:Vastapaino.

Kuronen Tanja. 2007. Vanhusten kotisiivous – hoivaa vai palvelua? teoksessa Seppänen Marjaana, Karisto Antti, Kröger Teppo (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kuusi Pekka. 1961. 60-luvun sosiaalipolitiikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi Helena. 2008. Eettinen ongelmanratkaisu. Teoksessa Leino-Kilpi Helena, Välimäki Maritta (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: SanomaPro.

Manninen Tiina, Pirkkanen Essi, Ojala Elisa, Uusi-Marttila Hanna. 2011. Sairaanhoidaja yrittäjänä – Sairaanhoidajayrittäjien kokemuksia ja sairaanhoidaja-aikuisopiskelijoiden näkemyksiä hoivayrittäjyydestä. Opinnäytetyö. Hämeen ammatti- korkeakoulu.

Mäkelä Matti, Alastalo Hanna, Noro Anja, Finne-Soveri Harriet .2014. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Noro Anja, Alastalo Hanna (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Helsinki: THL.

Nygård Mikael. 2015. Hyvinvointivaltiosta kilpailuvaltioon? Teoksessa Autto Janne, Nygård Mikael (toim.) Hyvinvointivaltion kulttuurintutkimus. s 136-166. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Partinen Helena. 2006. Taustaa sairaanhoidajan yrittäjyydelle. Teoksessa Peltomaa Päivi, Grönvall Ursula (toim.) Sairaanhoidaja yrittäjänä. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Puustinen Terhi, Mäkeläinen Mika. 2012. Taivas + helvetti. Helsinki: One on one publishing.

Roberts Brian. 2002. Biographical research. Buckingham:Open university press.

Räikkönen Timo. 2007. Kollektiivinen koherenssi ja työn tulevaisuus – suomalaisten työkuultuurien muutokset ja potentiaaliset hyvinvointivaikutukset. Teoksessa Kasvio Antti, Tjäder Johanna (toim.) Työ murroksessa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Seedhouse David. 2009. Ethics, The heart of health care, third edition. London: Wiley-Blackwell.

Sen Amartya. 1997. Human capital and human capability. World Development. 25(12) 1959-1962

Simpura Jussi. 2003. Sosiaalipolitiikan monet taloudet. Teoksessa Helne Tuula, Julkunen Raija, Kajanoja Jouko, Laitinen-Kukka Sini, Silvasti Tiina, Simpura Jussi (toim.) Sosiaalinen politiikka. s. 161-182. Helsinki:Wsoy.

Sosiaalialan työnantajat. 2013. Hoiva 2020, yksityisen hoiva-alan tulevaisuus. Helsinki: Sosiaalialan työnantajat.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki: STM.

Suomen virallinen tilasto (SVT). Kuluttajahintaindeksi [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.10.2015]. <http://www.stat.fi/til/khi/tau.html>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Palveluiden alue- ja toimialatilasto [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.10.2015]. <http://www.stat.fi/til/pata/index.html>

Tilastokeskus. Yritysten rakenne- ja tilinpäätöstilasto [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.10.2015]. <http://www.stat.fi/til/yrti/index.html>

Tronto Joan C.1998. An ethic of care. Generations 22(3), 15-21.

Tuomi Jouni, Sarajärvi Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvän tieteellinen käytäntö. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2015. Hoito- ja hoivapalvelualan tila ja tulevaisuuden näkymät. TEM raportteja 3/2015.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2012. Yrittäjyyskatsaus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 46/2012.

Uljas Päivi. 2012. Hyvinvointivaltion läpimurto. Väitöskirja. Helsinki: Into.

Valkama Pekka, Kallio Olavi ja Tukiainen Janne. 2013. Ulkoistaminen ja kilpailuttaminen vanhuspalvelujen näennäismarkkinoilla. Janus 21(4), 345-356.

Valtioneuvosto. 2015. Ratkaisujen Suomi - Pääministeri Juha Sipilän I hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Helsinki: Hallituksen julkaisusarja 10/2015.

Volanen Salla-Maarit. 2011. Sense of coherence – determinants and consequences. Publications of public health 209:2011. Helsinki: Hjelt institute.

Välimäki Maritta. 2008. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa Leino-Kilpi Helena, Välimäki Maritta (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: SanomaPro.

Österberg-Högstedt Johanna. 2009. Yrittäjänä ammatissaan sosiaali- ja terveystalalla – yrittäjyyden muotoutuminen kuntatoimijoiden ja yrittäjien näkökulmasta. Väitöskirja, Turun kauppakorkeakoulu

